



Universitat de Girona

Facultat d'Infermeria

**CONEIXEMENT I GESTIÓ DEL
DOL PATOLÒGIC PER PART
DELS INFERMERS/ES A
L'ATENCIÓ PRIMÀRIA DE
GIRONA**

Modalitat: Projecte de Recerca

Esther Caceres Malagelada
4rt Grau en Infermeria. Treball de Fi de Grau
Curs acadèmic 2010-2014
Tutor/a: Dra. Concepció Fuentes Pumarola

“Porque nadie puede saber por ti.

Nadie puede crecer por ti.

Nadie puede buscar por ti.

Nadie puede hacer por ti lo que tú mismo debes hacer.

La existencia no admite representantes”.

Jorge Bucay

“El mundo está en manos de

aquellos que tienen el coraje de soñar

y de correr el riesgo de vivir sus sueños”.

Paulo Coelho

AGRAÏMENTS

Vull començar donant agraïment a totes aquelles persones que han fet possible que avui finalitzi el treball final de grau. Un treball que m'agradaria que fos l'inici d'un llarg camí dins el món de la investigació, un treball que m'ha ensenyat a fer valoracions dels meus propis dols no resols.

Primer de tot agrair a la Doctora Concepció Fuentes i Pulmerola, tutora del treball de fi de grau, per la seva exigència, el constant suport, l'orientació i la confiança d'acompanyar-me durant la trajectòria del projecte

A tots aquells professors, professors associats, professionals que han aportat el seu gra de sorra en el meu projecte, amb suggeriments i plantejament de qüestions que m'han inquietat i han donat impuls a la meva constància, especialment a la Mònica Cunill per la seva voluntat i la transmesa d'experiència amb el tema.

No em vull deixar de donar les gràcies a la meva família que en tot moment ha estat el meu pilar que m'ha donat tot el suport per fer possible en dia d'avui la presentació d'aquest projecte.

Moltes gràcies a tots i a totes!

Índex

Resum	6
Abstract	7
1. Introducció	8
2. Marc Teòric	8
2.1 El dol	8
2.2 Dol complicat, patològic	11
2.2.1 Definició	11
2.2.2 Epidemiologia del dol complicat, dol patològic	13
2.3 Criteris d'evolució diagnòstica i instruments de mesura del dol	13
2.3.1 Criteris d'evolució diagnòstica	13
2.3.2 Instruments de mesura	16
2.4 Detecció del dol complicat, patològic a partir dels factors de risc	20
2.5 Fases del procés de dol	22
2.6 Formació en relació el dol en els estudis de grau	25
3. Bibliografia	29
4. Metodologia	33
4.1 Hipòtesis i objectius	33
4.2 Material i mètodes	34
4.2.1 Període i disseny de l'estudi	34
4.2.2 Àmbit de l'estudi	34
4.2.3 Població i mostra	34
4.2.4 Criteris d'inclusió i criteris d'exclusió	35
4.2.5 Descripció de les variables d'estudi	35
4.2.6 Instruments per l'estudi	37
4.2.7 Descripció del procediment i recollida de dades	39
4.2.8 Aspectes ètics	41
4.2.9 Limitacions de l'estudi	42
4.2.10 Resultats i aplicabilitat dels resultats de l'estudi per la pràctica infermera	42
5. Cronograma	43
6. Pressupost econòmic	46

Índex Taules

Taula 1: Qüestionaris d'avaluació del dol	17
Taula 2: Factors de risc del dol complicat	21
Taula 3: ABS i número de professionals per ABS escollida	34
Taula 4: Descripció de les variables que s'analitzaran amb metodologia quantitativa	36
Taula 5: Descripció de les variables que s'analitzaran amb metodologia qualitativa	37
Taula 6: Despeses de Recursos Humans	46
Taula 7: Despeses de Material Fungible	47
Taula 8: Despeses de l'Equipament	47
Taula 9: Despeses per la difusió científica	48
Taula 1: Altres despeses	48

Índex Figures

Figura 1: Procés a seguir en un pacient amb dol (elaboració pròpia)	28
--	----

RESUM

Per entendre l'experiència d'una pèrdua i dur a terme una intervenció amb una valoració holística del pacient amb dol, és útil conèixer que aquesta pèrdua és present a la vida humana i que tota persona és susceptible a viure-la.

Cada pas que fem en el nostre camí perdem coses, des de persones a un objecte significatiu, fins a les coses més efímeres com és la joventut, els somnis o les idees que ens permeten l'enfrontament a les dures "realitats de la vida".

L'objectiu d'aquest estudi és valorar el coneixement del concepte de dol, dol patològic i dóna a conèixer quin és el procés de dol a partir de la teoria de les etapes d' Elisabet Kübler-Ross, Parkes i Worden com els pares de les tasques d'aquest procés. Per altra banda pretén, donar a conèixer la detecció d'un dol per així evitar la cronificació d'aquest i que el pacient pugui dur a terme un bon acompanyament del dol.

La metodologia es realitzarà a partir d'un estudi d'anàlisis qualitatiu i quantitatiu, descriptiu i bivariant en els professionals d'infermeria de les àrees bàsiques de salut de la ciutat de Girona: Girona 1(CAP Santa Clara), Girona 2 (CAP Can Gibert del Pla), Girona 3 (CAP de Montilivi) i Girona 4(CAP Taialà).

Per l'anàlisi estadística descriptiva i bivariant s'utilitzarà el programa SPSS v20 per l'anàlisi quantitativa i el programa N-Vivo 10 per l'anàlisi qualitativa. I per l'obtenció dels resultats es realitzarà una anàlisis descriptiva bivariant.

Els resultats obtinguts en aquest estudi ens ajudaran a detectar necessitats relacionades amb la formació i l'aprenentatge dels professionals de l'atenció primària i la manca de recursos en relació al dol.

PARAULES CLAU: dol , dol patològic, factors de risc, prevenció, professionals d'infermeria, atenció primària, procés del dol, intervenció

ABSTRACT

To understand the experience of loss and carry out an intervention with a holistic assessment of patients with grief, it is useful to know that this loss is present in human life and that everyone is susceptible to living.

Every step we take in our way we lose things from people on an object meaningful to the more ephemeral things like youth, dreams and ideas that allow us to match the harsh "realities of life" .

The aim of this study is to assess the knowledge of the concept of grief, mourning and pathological unveils what the grieving process from the stage theory of Elisabeth Kübler-Ross, Parkes and Worden as parents tasks of this process. On the other hand aims to present the detection of a grieving and prevent chronic disease and that the patient can perform a good accompaniment of mourning.

The methodology will be based on a study of qualitative and quantitative analysis, descriptive and bivariate nursing professionals in the areas of basic health Girona Girona 1 (CAP Santa Clara), Girona 2 (Can Gibert Plan), Girona 3 (CAP Montilivi) and 4 Girona (CAP Taialà).

For bivariate descriptive statistical analysis used SPSS v20 for quantitative analysis and program N-Vivo qualitative analysis 10. And obtaining the results will be a descriptive bivariate analyzes.

The results obtained in this study will help us identify needs related to training and learning professionals in primary care and the lack of resources in relation to mourning.

KEY WORDS: pathological bereavement, mourning, risk factors, prevention, nursing professionals, primary health care, the process of grieving, intervention

1. INTRODUCCIÓ

Per l'elaboració del present treball m'he basat en una àmplia revisió de la literatura científica apreciada en els últims anys de les principals bases de dades especialitzades en l'àrea (Medline, PsycInfo, Cinhal, IME,...) així com en base de l'experiència pròpia, amb la intenció de conèixer amb profunditat el fenomen del dol, dol complicat i remarcar aquells factors de risc indicadors de detecció i avaluació que ens permeten la identificació de la presència o futura complicació i promoure actuacions en la pràctica clínica amb evidència científica.

2. MARC TEÒRIC

2.1 El dol

El dol és una reacció psicològica que es dona davant d'una pèrdua, és el dolor emocional que es produeix després d'haver perdut alguna cosa important o alguna persona significativa a les nostres vides. Aquestes reaccions són universals, afecten a les diferents dimensions de la persona i acostumen a expressar-se de forma diversa segons la cultura on es desenvolupa la persona.

S'ha d'entendre que la pèrdua forma part dels esdeveniments vitals estressants i que és una experiència inevitable que conjuntament amb ella hi conviu el dolor emocional però també ens dona una oportunitat de creixement emocional. Per això, cal conèixer la pròpia definició del concepte de dol proposada per diferents autors.

Clàssicament, el dol s'ha entès com un procés normal, amb una limitació temporal, evolució de la qual, habitualment, progressa fins a la superació.

La importància del fenomen del dol pels professionals de l'atenció a les persones és perquè, és relativament freqüent que passi desapercbut una pèrdua i que sigui un dels problemes que motivin a la persona a venir a la nostra consulta i tanmateix l'entorn sanitari està vinculat a pèrdues específiques, com ara la pròpia pèrdua de la salut.

Diferents autors¹ coincideixen que la pena produïda per una pèrdua de per sí no és patològica; molt al contrari, la seva evolució pot enfortir la maduresa i el creixement personal.

*La Real Academia de la Lengua Española*² defineix el dol (del lat, *dōlus*, por *dolor*) com dolor, llàstima o sentiment que es té per la mort d'algun ésser estimat. La definició ens porta immediatament a emocions negatives (plor, tristesa, soledat,...) però és poc precisa respecte a la relació d'aquestes emocions.

Més precisa és la definició que proposa Bowlby³ que defineix com “el procés psicològic que es posa en funcionament a causa de la pèrdua d'una persona estimada”. Amb aquesta definició ens aclareix que el dol no és un moment, una situació ni un estat, sinó que és un procés psicològic i emocional que es desenvolupa per a la pèrdua d'un ésser, no d'un ésser qualsevol, sinó d'un ésser “molt estimat” per la persona.

Parkes⁴, un dels autors més profètics i que ha estudiat molt profundament el dol i els diversos aspectes relacionats amb aquest, el defineix com una reacció que s'ha d'entendre com una transició psicosocial. Les transicions psicosocials són aquells canvis vitals que requereixen que les persones revisin profundament la seva concepció del món, paral·lelament amb la necessitat de realitzar canvis ràpids i permanents (hàbits, rituals, construccions de la realitat...). Serien en definitiva, els canvis que més afecten emocionalment a la persona.

Basant-se amb la teoria psicoanalista de Freud⁵, es defineix el dol com un treball d'elaboració dels afectes dolorosos que sorgeixen de la pèrdua d'un objecte i que aquests en comparació amb una ferida poden ser més dolorosos.

Per altra banda, la teoria de la vinculació proposada per Bowlby et al⁶, va integrar a la definició del dol conceptes analítics i etiològics. Van considerar el dol com l'extensió d'una resposta general a la separació. Per tant, el dol era considerat com una forma d'ansietat de separació en resposta a la ruptura d'una relació de vinculació.

El 1998 Harvey i Weber⁷⁻⁸, els seus autors defineixen el dol com a qualsevol dany en els recursos personals, materials o simbòlics dels quals s'han establert un fort vincle emocional.

Experts més recents i propers com ara, Payàs, en la Ponència II en el Congrés Nacional de la Societat de Cures Pal·liatives⁹ va definir el dol com: una resposta natural a la pèrdua de qualsevol persona, cosa o valors amb la qual s'ha construït un vincle afectiu, i com a tal, es tracta d'un procés natural i humà i no d'una malaltia que s'hagi d'evitar o que l'hàgim de curar. La mateixa expressió del dol inclou reaccions que s'assemblen als símptomes d'un trastorn mental, físic o emocional. I Cunill et al¹⁰, en un dels seus estudis defineix el dol com una resposta natural a la pèrdua d'un ésser estimat. És un procés únic i complexa que afecta a la totalitat de la persona; afecta en el pensament, el comportament, l'estat emocional i relacional, l'organisme i a la visió que es tenia de la vida. El dol com tot procés, és limitat en el temps, la seva experiència en el treball directe amb persones amb dol els indica que aquest període és de, com a mínim, un any. Encara així, l'elaboració de la pèrdua no depèn del temps transcorregut sinó del que la persona realitzi durant aquest temps; un procés que requereix un dinamisme sense oblidar que cada persona requereix d'un ritme i d'unes necessitats diferents.

Tanmateix, el dol suposa una reacció d'adaptació enfront la mort d'un ésser estimat, que obliga al subjecte afectat a plantejar-se la seva pròpia mort i a refer la seva vida des de una perspectiva diferent¹¹.

L'ús del terme "dol" per referir-se a qualsevol pèrdua s'ha popularitzat en els últims anys¹² (per exemple, dol per la pèrdua del treball, el dol de l'immigrant, o fins i tot per alguna cosa que s'esperava però que no s'ha pogut aconseguir). Aleshores, la paraula dol s'ha de referir per la pèrdua, per una mort, ja que presenta algunes peculiaritats que la diferencien de les altres pèrdues, com¹²:

- La irreversibilitat de la mort.
- L'angoixa d'enfrontar-se a la pròpia mort.
- La mort d'un cònjuge ja que figura en el llistat de circumstàncies vitals.

Cada cop més, el dol va perdent la consideració d'alguna cosa "normal", una circumstància vital, més o menys estressant, per adquirir, cada vegada més sovint, una connotació patològica. Per això, cal ser cautelosos en la seva interpretació ja que les manifestacions del dol són totalment naturals i apropiades a la circumstància de la pròpia pèrdua.

2.2 Dol complicat, patològic

2.2.1 Definició

El dol que no segueix el curs esperat, és l'anomenat dol complicat (DC), dol patològic (DP).

El DC, DP interfereix sensiblement per una banda en el funcionament de la persona a nivell psicològic i emocional, i per l'altra banda, el somortament de la salut i tal com apunta Maddocks¹³, això pot durar anys o fins i tot cronificar-se.

Altres autors¹⁴ descriuen el DC com una combinació de símptomes, d'ansietat i emocions, cognicions i comportaments que es manifesten després de la mort d'una persona significativa; sol aparèixer als sis mesos després d'haver-se produït la mort i interfereixen en el funcionament social, laboral i altres àrees molt importants per la persona.

Barreto i Soler¹⁵, recullen una sèrie d'aspectes definitius que ens ajuden a poder diferenciar clarament quan es tracta d'un dol "normal" a un dol patològic o complicat. Aquests aspectes es refereixen a: la intensitat i la duració dels sentiments i conductes o la incapacitat per demostrar qualsevol signe que tingui a veure amb el dol, les pràctiques del dol culturalment determinades o qualsevol factor que pugui fer que aquest dol sigui més durador o sigui més profundament desafinat.

Molta de la literatura científica^{16,17} posa de manifest que un cop s'ha produït la mort de l'ésser estimat, el qui ha estat el cuidador principal i els membres del nucli familiar del difunt, incrementa el risc de convertir-se en un nou malalt amb la principal característica del procés de dol¹² mal elaborat i convertint-se en un dol patològic.

Prigerson⁸ és un dels investigadors que més s'ha aproximat a la delimitació i definició del dol complicat a partir dels criteris que ell planteja. Aquest autor diferencia la “pena traumàtica” amb la presència de símptomes de malestar per la pèrdua (pensaments intrusius sobre la persona morta, enyorança, soledat com a resultat de la mort) dels símptomes de “malestar traumàtic” (falta de reptes i/o inutilitat respecte el futur, sensació subjectiva d'indiferència o absència de resposta emocional, dificultats per acceptar la mort, irritabilitat...)

Podem distingir tres tipus de dol patològics⁸:

- *Síndrome de pèrdua inesperada:*

És un estat de xoc que impedeix la reacció normal emocional. Aquesta síndrome es produeix quan la pèrdua ha estat inesperada o de forma sobtada (per exemple, la mort d'un nen per càncer, un accident de trànsit). S'expressa per un llarg període d'obnubilació, amb dificultat de contacte amb la realitat, a causa de la dificultat d'acceptar la pèrdua. En altres casos, el que predomina és l'expressió clínica intensa d'emocions com ara plors, insomni, angoixa, etc.

- *Síndrome del dol ambivalent:*

Es tracta d'una reacció davant la mort en la qual no es sap si la persona està alegre o trista per la pèrdua. Primerament, es produeix una reacció d'alleujament, els sentiments de dolor i desesperança apareixen més tard, però en la seva aparició s'intensifica el dol.

Aquest tipus de síndrome es produeix en aquelles situacions que la relació amb la persona morta era molt complicada: maltractament de parella, abusos, etc.

- *Dol crònic:*

És el tipus de dol més comú. Es tracta d'un dol que la seva aparença és normal però la seva duració és molt perllongada. El pacient depèn totalment dels psicofàrmacs.

2.2.2. Epidemiologia del dol complicat, dol patològic

Hi ha molt poc estudiat sobre la prevalença del DC,DP¹⁸ donat que el terme és de recent creació, però a partir d'alguns estudis d'evidència científica en diferents poblacions com ara, l'estudi de Jacobs¹⁹ ha estimat un percentatge entre un 10-20% de persones que tenen problemes en la resolució del dol, Bonanno i Kaltman²⁰ interpreten un 10-15% i Mearcker et al²¹ van trobar solament un 7,4% de persones amb DC, DP.

2.3 Criteris d'evolució diagnòstica i instruments de mesura del dol

2.3.1. Criteris d'evolució diagnòstica

La línia que separa el diagnòstic de dol normal al diagnòstic de dol complicat/patològic és molt fina i requereix tenir uns criteris molt clars i útils per al seu diagnòstic i poder decidir les intervencions d'infermers que s'han de dur a terme en aquest tipus de pacient.

Tradicionalment, s'utilitzava una classificació segons el tipus de complicació i actualment s'intenta, afinar més la delimitació utilitzant indicadors que configuren el diagnòstic. Els més utilitzats són els indicadors del manual de diagnòstics de trastorns mentals (DSM-IV-TR)²².

En el DSM-IV-TR inclou el dol i el defineix com la reacció davant la mort d'una persona estimada. Conté el codi V62.82. Segons aquest manual el dol és una entitat susceptible a ocasionar símptomes similars a la depressió major, a l'estrès post-traumàtic, tristesa, insomni i anorèxia.²³⁻²⁵

Amb l'arribada del DSM-V²⁶ s'espera que la categoria diagnòstica sobre el dol es modifiqui, podent així establir diferències en el procés de dol normal i en no normal.

Així, que en relació al DC, el DSM-V planteja la possibilitat de la creació d'una categoria diagnòstica pròpia anomenada Trastorns per dol complexa i que el definiria a partir de criteris com²⁷:

- **Criteri A:** L'individu ha experimentat la mort d'un familiar fa menys de 12 mesos.
- **Criteri B:** des de la mort, ha experimentat al menys un dels següents símptomes, quasi diàriament o en grau intens o pertorbador: (a) anhels pertorbadors i forts pel que s'ha perdut, (b) dolor intens per la separació, (c) preocupació per el difunt, i (d) preocupació per les circumstàncies de la mort.
- **Criteri C:** el Dolor/Destet per la separació: des de la mort, ha experimentat al menys sis mesos dels següents símptomes, quasi diàriament o en grau intens o pertorbador: (a) dificultats per acceptar la mort, (b) atordiment, (c) dificultat per recordar positivament el difunt, (d) avaluacions desadaptatives sobre un mateix en relació al difunt o a la mort (per exemple sentiment de culpabilitat, (e) tristesa o ira, i (f) evitació excessiva de recordatoris de la pèrdua (per exemple, la evitació de les persones, llocs o situacions relacionades amb el difunt). Interrupció de la identitat social: (g) desig de morir per estar amb el difunt, (h) dificultat per confiar en els altres, (i) sentir-se sol, (j) sentir que la vida no té sentit, (k) confusió sobre la seva pròpia identitat o paper en la vida, i (l) dificultat o retinència per marcar-se reptes futurs.
- **Criteri D:** l'alteració provoca malestar clínic significatiu o deteriorament en les àrees socials, ocupacionals o d'algun altre tipus.
- **Criteri E:** la reacció del dol ha de ser desproporcionada o no acord amb les normes culturals, religioses o adequades a l'edat.

S'ha d'especificar si, el dol és traumàtic posterior a una mort sota circumstàncies traumàtiques (per exemple, un homicidi, el suïcidi, en desastre o per accidents), si hi ha pensaments persistents, freqüents i angoixosos, imatges o sentiments relacionats amb les característiques traumàtiques de la mort, fins i tot, en resposta als recordatoris de la pèrdua.

Una altra relació on podem trobar classificat el dol com a trastorn mental és en la Classificació Internacional de les malalties (*Clasificación Internacional de las Enfermedades*, CIE-10)²⁸, dins dels factors que influeixen a la salut i el contacte amb els serveis de la salut, en els problemes relacionats amb l'ajut, incloses les circumstàncies familiars, conté el codi Z63.4 pel dol normal, mentre que utilitza els trastorns d'adaptació F43.2 per les reaccions que es consideren anormals per les manifestacions o continguts, en aquest cas estaríem parlant del dol complicat, patològic.

Prigerson⁶, és un dels investigadors que més s'ha aproximat a la delimitació i definició del DC, DP, a partir dels criteris que planteja en un dels seus estudis. Diferencia la “pena traumàtica” amb la presència de símptomes de malestar per la pèrdua (pensaments intrusius sobre la persona morta, enyorança, retrobament amb el difunt i soledat com a resultat de la mort) dels símptomes de “malestar traumàtic” (falta de reptes i/o inutilitat respecte al futur, sensació subjectiva d'indiferència o l'absència de resposta emocional, dificultat per acceptar la mort, excessiva irritabilitat i enuig amb la mort). Segons aquest autor hem de diferenciar el DC,DP d'altres diagnòstics i patologies recollides en el DSM-IV-TR però, també, cal dir que, els criteris que proposa no presenten un suport empíric²⁹.

Al mateix temps, es continua intentant delimitar la línia que separa el dol normal del dol complicat o patològic conjuntament amb els criteris del DSM-IV-TR i un qüestionari consensuat per un grup d'investigadors, un qüestionari anomenat “Inventari del dol complicat”(IDC). Ambdós criteris recullen aspectes diferents del dol, en el DSM inclou fonamentalment la possible psicopatologia del dol, mentre que en el IDC recull les respostes, en principi normals, del dol que deriven dels processos del vincle i de l'enfrontament a l'estrès. Cal recordar que el DSM està consolidat i acceptat i que el IDC està en fase consolidació.

2.3.2 Instruments de mesura

Els instruments per avaluar i detectar possibles complicacions en el procés de dol són:^{15,30}

- *Entrevista*

L'entrevista és una de les eines més utilitzades en l'estudi del procés de dol dels professionals d'infermeria. El professional pot identificar una sèrie fortaleeses o vulnerabilitats (relació amb el difunt, ajut social, recursos personals, dificultats,...) del pacient, les quals poder informar en el transcurs del procés de dol.

- *Genograma*

L'elaboració d'un arbre familiar resulta de gran ús per conèixer l'existència de variables com: edat dels membres de la família, nombre de persones en el nucli familiar, nombre de morts anteriors,... Aquesta informació és una ajuda per identificar un dol complicat i orientar-nos en els factors de protecció i de risc (joventut o vellesa, xarxa social, dols anteriors,...).

- *Autoinformes (història personal)*

Aquests informes permeten valorar de manera general diferents àrees conductuals del pacient, fent una aproximació inicial que determina l'evolució del dol. L'informe d'*història personal*, és un qüestionari autobiogràfic que recull informació sobre: dades personals, situació actual, circumstàncies de la pèrdua, relació amb el difunt, recursos personals i el funcionament familiar.

- *Autoregistres*

Recullen conductes, problemes que influeixen en la resolució del procés del dol, observació directa i mesures fisiològiques i imatges de la neuroanatomia funcional.

▪ *Qüestionaris de mesura del dol complicat, patològic*

Els qüestionaris contemplem tant els factors protectors com els factors de risc del procés de dol. A la Taula 1 es mostra diferents qüestionaris de mesura del dol compliat.^{1,31,32}

Taula 1. **Qüestionaris d'avaluació del dol**³¹

QÜESTIONARIS GENERALS
García-García JA, Landa V, Trigueros MC, Gaminde I. Inventari de Experiències en el Dol (IED): The Grief Experience Inventory de Sanders, Mauger y Strong; 2001.
García-García JA, Landa V. Inventari Texas Revisado de Duelo: The Texas Revised Inventory of Grief; 2001.
García-García JA, Landa V, Prigerosn H, Echevarria M, Grandes G, Mauriz A, Andollal I. Inventari de Dol Complicat (IDC): The inventory of Complicated Grief: 2002.
García- García JA, Landa V, Grandes G, Mauriz A, Andolla I. Qüestionari del Risc del Dol Complicat: The Risk Index; 2002.
Soler MC, Barreto MP i Yi P. Valoració del Risc de Complicacions en la Resolució del dol; 2002.
Veber MG, Hearn MT. Escala Emocional de Cares: Facial Affective Scale;1985.
QÜESTIONARIS ESPECÍFICS
Toedter L, Lasker J, Alhadeff JM. Perinatal Grief Scale (PGS);1988.
Hogan NS, Greenfield DB. Hogan Sibling Inventory of Bereavement (HSIB);1991.
Barret ML, Scout J. Grief Experience Questionarie (GEQ);1989.
ALTRES QÜESTIONARIS
Complicated Grief Questionarie for People with Intllectual Disabilities (CGQ-ID).
Bereavement Risxk Index (BRI).
Colorado Bereavement Services Project.(Colorado Hospice Organization).
Matrix of Range of Responses to Loss.
Adult Attitude to Grief Sacale (AAG).
Core Bereavement Items (CBI).
Grief Evaluation Measure (GEM).

Tot seguit es descriuen breument els qüestionaris utilitzats per la mesura del DC/DP segons l'evidència científica:^{33,34}

- *Inventari de Experiències en el Dol (IED)*

És un qüestionari auto-administrat de cent trenta-cinc ítems agrupats per nivells respecte les àrees somàtiques, emocionals i en relació a la persona en dol a través de divuit escales.

- *Inventari Texas Revisat del dol (ITRD)*

És un qüestionari auto-administrat que permet agrupar les persones en dol en quatre categories (absència del dol, dol retardat, perllongat i agut.

Conté vuit ítems relacionats amb la conducta i sentiments del pacient en el moment immediat després de la mort i tretze ítems sobre sentiments actuals.

- *Inventari del dol complicar (IDC)*

És un qüestionari auto-administrat que conté dinou preguntes associades a símptomes del dol complicat. Existeix una adaptació al castellà que manté les propietats psicomètriques del qüestionari original, a excepció de la identificació de tres factors, que avaluen l'opinió del caràcter multidimensional del fenomen del dol.

- *Qüestionari de Risc del dol complicat*

Qüestionari que avalua de vuit ítems amb resposta segons escala Likert, complementat per professionals per identificar les persones de risc en dol.

- *Valoració del Risc de complicacions en la resolució del dol (VR-CRD)*

Està dissenyat per ser complementat per els professionals de cures pal·liatives. Consta de dinou ítems que recullen factors predictors de risc del dol complicat. Són respostes tipus Likert.

- *Escala Emocional de Cares (EEC)*

Està representada per set cares que expressen la situació emocional de la persona en aquest moment.

- *Grief Reaction Checklist (GRC)*

Consta de set ítems dirigits a avaluar l'acceptació, el tancament i la reintegració social.

Pel que fa als qüestionaris específics que avaluen situacions específiques destaquem:

- *Perinatal Grief Scale (PGS)*

Dirigit a dones per una mort perinatal o neonatal.

- *Hogan Sibling Inventory of Bereavement (HSIB)*

Dirigit a nens i adolescents que han perdut un ésser estimat.

- *Grief Experience Questinarie (GEQ)*

Creat per avaluar el dol per suïcidi. Conté cinquanta cinc ítems en onze subescales de cinc ítems cada una d'elles. També, són respostes tipus test.

- *Complicated Grief Questionarie for people intelectual disabilities (CGQ-ID)*

Adaptat del qüestionari IDC, conté 15 ítems en dues escales (síntomes d'estrès per separació i símptomes del dol traumàtic) i està dirigit a identificar processos de dol complicat en persones en discapacitat intel·lectual.

- *Bereavemnt Risk Index (BRI)*

Consta de vuit ítems a partir de l'observació i el contacte amb la família. Valora el risc del dol complicat a diferents nivells, alt, baix o moderat.

- *Colorado Bereavement Services Project*

Valora la presència d'ideació de suïcidi (risc alt), moderat o baix.

- *Matrix of Range of Responses to Loss*

Consta de cinc ítems distribuïts en categories: aclaparat i controlat través de l'observació i la informació durant l'estada hospitalària. Complementat pel professional.

- *Adult Attitude to Grief Scale* (AAG)

Identifica les tres categories de resposta igual que el Matrix of Range of Responses to Loss a partir de nou ítems en resposta tipus Likert.

- *Core Bereavement Items* (CBI):

Conté disset ítems associats a imatges i pensaments sobre separació i dol.

- *Grief Evaluation Measure* (GEM)

Són cinquanta vuit ítems repartir en set factors on es valora la naturalesa de les reaccions individuals del dol.

Els qüestionaris més utilitzats^{34,35} el IDC i el CRDC adaptat a l'espanyol en la pràctica clínica per a la seva alta fiabilitat i validesa. Els altres instruments com el GEQ, IED, ITRD, PGS han estat criticats a causa de la deficiència de les característiques psicomètriques.

2.4 Detecció del dol complicat, patològic a partir dels factors de risc

S'ha investigat a fons sobre aquells factors que poden influir en el procés de dol i que incrementen la probabilitat d'un desenvolupament anormal. Segons Arranz et al, consideren com a factors de risc, els que contempnen a la Taula 2:^{35,36}

Taula 2. Factors de risc del dol complicat^{35,36}

En relació a la persona en dol

- Edat: quan la persona és molt jove o molt gran.
- Mecanismes d'enfrontament previs davant situacions estressants o traumàtiques de tipus passiu o depressiu.
- Malaltia física o **psíquica anterior**.

En relació a la persona morta

- Edat: la joventut és un factor de risc
- El nivell de "apego" o familiaritat amb la persona morta: de major a menor risc estaria: pare-mare;vidua;fill.
- El nivell de desenvolupament familiar i rol que desenvolupa el difunt en la família.
- La participació en la cura del malalt (factor protector)
- La relació ambivalent, conflictiva o dependent amb el difunt.

Característiques de la malaltia o de la mort

- Mort sobtada i imprevista (s'inclou el suïcidi). En aquests casos, les relacions inicials acostumen a ser molt intenses, per això és fàcil que el dol es compliqui.
- Durada de la malaltia: durades excessivament llargues (12 mesos o més) o excessivament curtes (uns dies o poques setmanes). En el primer cas és devastador, en el segon inesperat i sorprenent, sense temps per assimilar la realitat.
- Mort incerta o no visualització de la pèrdua: no veure el cos del difunt pot portar a que no s'iniciï el dol o a que es compliqui (guerres, desastres naturals,es...).
- Malaltia amb símptomes sense control, amb l'expressió de gran patiment per la persona estimada.

Aspectes relacionals

- Falta de disponibilitat de recolzament familiar i social.
- Baix nivell de comunicació amb familiars i amics.
- Poca possibilitat per expressar la pena o incapacitat per fer-ho.
- Pèrdua inacceptable socialment: una relació secreta, una mort per suïcidi, una malaltia amb estigma, un assassinat...

Altres factors influents

- Dols previs no resolts.
- Pèrdues múltiples o acumulació de pèrdues: quan es perden alhora varies persones estimades o varies coses a més de la persona estimada.
- Crisis concurrents. Es tracta de problemes, no necessàriament pèrdues, que requereixen l'energia emocional de la persona en dol. Una crisi especial és l'econòmica.
- Obligacions múltiples: la presència de nens petits o d'alguna persona minusvàlida o dependent.

2.5 Fases del procés de dol

Des del punt de vista del conductisme social, el dol és un procés emocional i psicològic que la persona passa després d'una pèrdua significativa. Aquesta construcció depèn de les creences i valors propis de la cultura, ja que no existeix cap programa de conducta innat.

El dol és un procés pel qual la persona és capaç de reconstruir el seu món (per tant a ell mateix) sense allò que ha perdut. Es tracta de dotar d'un nou sentit als elements del subjecte perdut per construir-ne la realitat.

Aquest procés es descriu per *etapes* (Parkes³⁷ o Kübler-Ross^{10,38}), o bé per *tasques* (Worden³⁹) successives per la persona ha d'assumir en els diferents moments.

En un procés de dol normal, les **etapes** per les quals travessa una persona segons:

Parkes³⁷

- a) **Shock:** es caracteritza pel desencadenament de sentiments d'irrealitat (“*no és possible*”). És un fenomen molt comú i en principi, és protector. Pot durar hores o fins i tot, alguns dies.
- b) **Anhel:** inclou la recerca de la persona, sentiments intensos de tristesa, pena i ansietat. També, pot haver-hi sentiments de ràbia, inseguretat i de baixa autoestima, així com expectatives de nous desastres. En aquesta etapa també hi pot aparèixer altres reaccions extremes com és el pànic. La persona s'implica en els hàbits vitals normals com menjar, dormir i complir amb les seves responsabilitats fonamentalment però es mostra ansiosa i apàtica. La duració d'aquesta fase sol ser d'unes tres setmanes.
- c) **Desorganització i desesperació:** es produeixen pensaments repetitius sobre la pèrdua juntament amb llargs períodes d'apatia i desesperació. Poden produir-se al·lucinacions, hipnagògiques en moments de somnolència o relaxació i també, “sentir la presència” de la persona

perduda. També pot donar-se el cas d'aïllament i absència de futur. Segons va passant el temps, els atacs de pena, tristesa i desesperació tendeixen a disminuir en freqüència, encara que es pot reguritzar-se per moments. Sol tenir una duració aproximada d'entre dos i quatre mesos.

- d) **Reorganització i recuperació:** és en el tercer o quart mes quan es comença a recuperar. Es comença a pensar en el futur i a reconstruir el món amb un nou significat. La preocupació per la imatge i el desig sexual tarden més en aparèixer. La majoria de les persones reconeixen la seva pròpia recuperació al llarg del segon any.

Küble-Ross^{10,38}

- a) **Negació i Aïllament:** la negació ens permet amortiguar el dolor davant d'una notícia inesperada i impressionant; mecanisme de protecció. És una defensa provisora i ràpidament serà substituïda per una acceptació parcial.
- b) **Ira:** la negació és substituïda per la ràbia, l'enveja i el ressentiment; surdeixen tots els "perquè". És una fase molt difícil d'enfrontar. Predomina una ira amb respostes de dolor i llàgrimes, culpabilitat o vergonya.
- c) **Negació:** davant la dificultat d'enfrontar la realitat, la persona intenta arribar a un acord amb Déu o segons el creient de cada cultura, per intentar superar la traumàtica vivència.
- d) **Depressió:** quan la persona veu que seguint negant-ho, no arriba en el seu desig, la persona es debilita, perd pes i apareixen símptomes amb un grau intens de tristesa. És un estat, en general, temporal i preparatòria d'acceptar la realitat.
- e) **Acceptació:** és la penúltima fase on es sol expressar sentiments d'enveja per a qui no pateix el mateix dolor, la ira, la depressió... No hem de confondre l'acceptació com una etapa de felicitat ja que podem veure que la persona no està tan trista.
- f) **Esperança:** aquesta etapa és la última. És la que sosté i dóna fortalesa a la persona per proporcionar-li un sentit en el dolor que es sent; permet poder sentir que a la vida encara hi ha alguna cosa important i

transcendent per cada persona. El pacient busca trobar una nova missió per complir, doncs, és un aliment per l'esperança.

Les **tasques** del procés de dol de Worden^{39,40} i adaptades per Wolfet⁴¹ en les quals, implica que la persona sigui activa i pugui fer alguna cosa, són^{42,43}:

1. Acceptar la realitat de la pèrdua.

La tasca de constel·lació de la pèrdua de l'objecte i condició de possibilitat de treball en el dol. El fracàs en la mateixa pot agafar diverses formes que van des de la irrealitat o a una simple negació de les evidències (molt freqüent en els primers moments de qualsevol dol), a la producció d'al·lucinacions de l'objecte perdut. En totes les cultures existeixen procediments per ajudar a la persona en dol en aquesta tasca. En la nostra cultura (cristianisme) es celebra el funeral.

2. Treballar les emocions i el dolor de la pèrdua.

La pèrdua d'una persona important sempre comporta fortes emocions. Hi ha tristesa, però també, a vegades, la ràbia, la culpa, la por, l'enveja o el ressentiment. La nostra cultura ens proporciona el temps de pau instrumentat per facilitar l'experiència i l'expansió d'aquests efectes emocionals i per fer un balanç d'aquests. La dificultat per contactar amb aquests sentiments en les primeres fases es considera un predictor de complicacions del dol. Postposar aquesta tasca és, però, una estratègia d'enfrontament que pot ser vàlida en una situació de gran destrucció, com per exemple, en una guerra o durant una catàstrofe.

3. Adaptar-se a un mitjà en el qual hi ha l'absència de la persona.

Normalment ens repartim les tasques quotidianes amb les persones del nostre entorn. Quan ens falten aquestes persones, a vegades, no som capaços d'enfrontar els problemes bàsics. Per exemple, a la tristesa d'un vidu pot justificar-se en sentiments d'incapacitat per portar una vida autònoma que obligaria a enfrontar-se a tasques (compra, cuinar, netejar, educació dels fills...) que mai havia realitzat. Les xarxes socials i familiars ens ajuden a modificar i capacitar per nous rols. En casos extrems, mecanismes institucionals fan que

la societat en el seu conjunt sumi les cargues que els supervivents no poden enfrontar-les sols.

4. *Recol·locar emocionalment la persona morta i seguir vivint.*

Aquesta tasca suposa, de fet, la finalització del treball del dol. No es tracta de redirigir cap a un nou destí sinó la construcció d'un món, d'un món que tingui sentit encara que no contingui la persona perduda, i que aquest espai pugui arribar a ser ocupat per altres persones. No és un procés curt, Worden desconfia dels processos que duren menys d'un any i que no és tant estrany que durin fins a dos anys.

2.6 Formació en relació el dol en els estudis de grau

En relació a les competències establertes en el Real decret 1393/2007, del 29 d'Octubre, del qual s'estableix l'ordenació de l'ensenyament universitari oficial, relatiu a la memòria per la sol·licitud de verificació de títols oficials, els estudiants del Grau en Infermeria han d'adquirir aquestes dotze competències específicament de les divuit **competències** que s'estableixen en relació a la temàtica estudiada:⁴⁴

1. Ser capaç, en l'àmbit de la infermeria, de presentar una atenció sanitària tècnica i professional adequada a les necessitats de la salut de la persona que atén, d'acord amb l'estat del desenvolupament dels coneixements científics de cada moment i amb els nivells de qualitat i seguretat que s'estableixen en les normes legals i deontològiques aplicables.
2. Planificar i prestar les cures d'infermeria dirigides a les persones, família o grups, orientats en els resultats en la salut avaluant el seu impacte, a través de guies de pràctica clínica i assistència, que descriuen els processos els quals es diagnostica, tracta o cuida un problema de salut.
3. Conèixer i aplicar els fonaments i principis teòrics i metodològics en infermeria.
4. Comprendre el comportament interactiu de la persona en funció del gènere, grup o comunitat, dins el seu context social i multicultural.

5. Dissenyar sistemes de cures dirigits a les persones, famílies o grups, avaluant el seu impacte i establint les modificacions oportunes.
6. Basar les intervencions de la infermeria en la evidència científica i en els mitjans disponibles.
7. Comprendre sense prejudicis a les persones, consideren els seus aspectes físics, psicològics i socials, com individus autònoms i independents, assegurant el respecte a, a les seves opinions, creences i valors, garantint el dret a la intimitat, a través de la confidencialitat i el secret professional.
8. Establir una comunicació eficaç amb pacients, família o grups socials.
9. Conèixer els principis de financiació sanitària i sociosanitària i utilitzar adequadament els recursos disponibles.
10. Establir mecanismes d'evolució, considerant els aspectes científics-tècnics i de qualitat.
11. Treballar amb equip de forma uni o multidisciplinària i interdisciplinària.
12. Realitzar les cures d'infermeria basant-nos amb l'atenció integral de la salut, que suposa la cooperació multiprofessional, la integració de processos i la continuïtat assistencial.

A partir d'aquestes competències s'avaluen unes metodologies d'aprenentatge i uns continguts per poder avaluar el seu assoliment en els estudis de grau.

L'estudi es format per una sèrie de **mòduls** repartits en els diferents cursos i que agrupen les assignatures. Aquests mòduls també tenen definides les seves competències redactades en format objectiu. Tot seguit es descriuen aquests **objectius** relacionats amb la formació del dol dins els seus mòduls de la Facultat D'Infermeria de la Universitat de Girona i que són similars en altres universitats

Mòdul: **Formació bàsica** (*Facultat d'Infermeria de Girona: Assignatura de Psicologia I,II i Comunitària I,II*)

- Identificar les respostes psicosocials de les persones davant de les diferents situacions de salut, seleccionant les accions adequades per proporcionar ajuda. Establir una relació empàtica i respectuosa amb el pacient i la família, acord amb la situació de la persona, problema de salut i etapa. Utilitzar estratègies i habilitats que permeten una comunicació efectiva amb pacients, famílies i grups socials, així com l'expressió de les seves preocupacions i interessos.

Mòdul: **Ciències de la Infermeria** (*Facultat d'Infermeria de Girona: Assignatura Salut Mental, Psicologia II i Comunitària II*)

- Comprendre des d'una perspectiva ontològica i epistemològica, l'evolució dels conceptes centrals que configuren la disciplina d'infermeria, això com els models teòrics més rellevants, aplicant la metodologia científica en el procés de cures i desenvolupament dels plans de cures corresponents.
- Conèixer les alteracions de salut de l'adult, identificant les manifestacions que apareixen en les diferents etapes. Identificar les necessitats de cures derivades dels problemes de salut. Analitzar les dades recollides en la valoració, prioritzar els problemes de salut del pacient adult, establint i efectuant el pla de cures i realitzar la seva avaluació. Seleccionar les intervencions encaminades a tractar o prevenir els problemes derivats de les desviacions de salut. Tenir una actitud cooperativa amb els diferents membres de l'equip.

Per tal d'establir un lligam i concloure el marc teòric amb total la revisió bibliogràfica efectuada sobre el tema d'estudi, l'autora ha dissenyat un quadre resum del procés per la detecció del dol patològic aprofundint quin seria el procés que hauria de seguir un professional de la salut, en aquest cas el/la inferera/er. Figura 1.

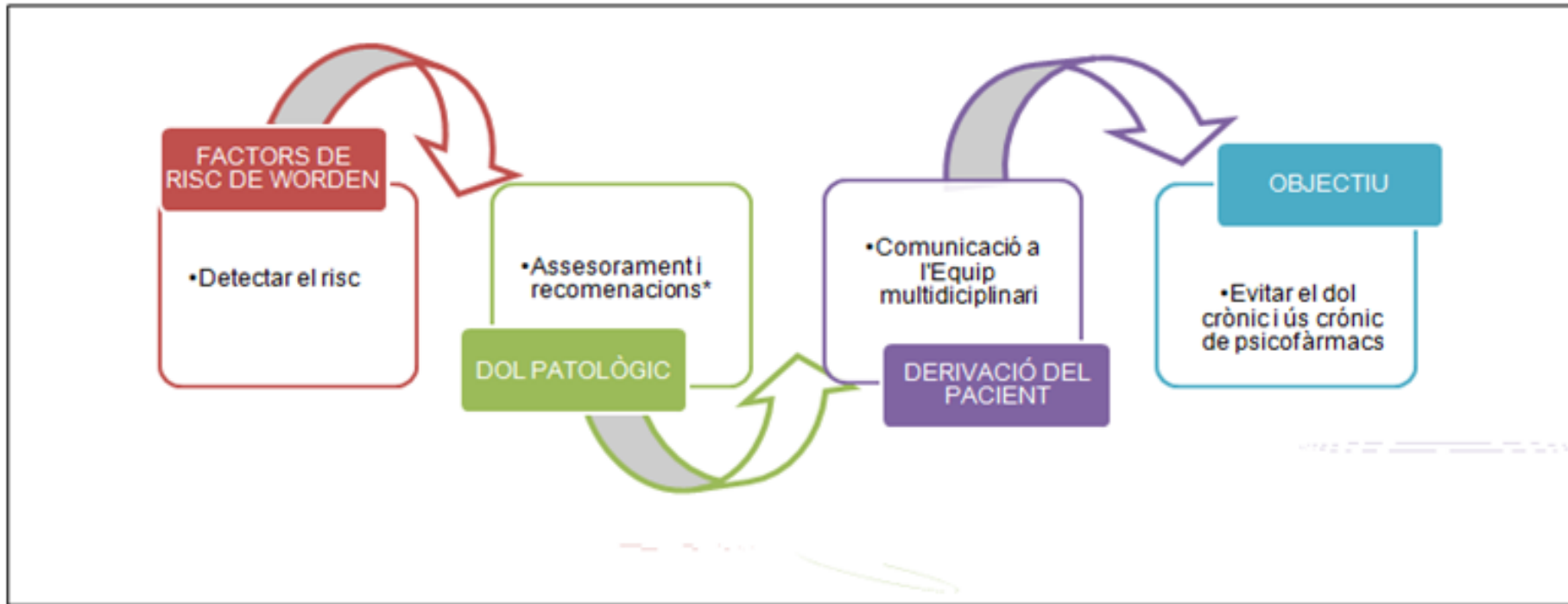


Figura 1: **Procés a seguir en un pacient amb dol.**

***Assessorament i recomanacions:**

- Informar al pacient que hi ha grups de dol dirigits per un professional expert amb el tema.
- Informar de la possibilitat d'anar al psicòleg.
- Donar en el pacient un butlletí d'informació.
- Recomanar al pacient audiovisuals informatius i formatius relacionats amb el dol.

3. BIBLIOGRAFIA

1. Soler MC, Barreto MP. Intervención psicológica en el duelo. Rev Psicol Univ Tarracon.2003; 25: 218-33.
2. Real Academia de la Lengua Española. Diccionario de la Lengua Española. Madrid: Espasa; 2001.
3. Bowlby J. Attachment and loss : the loss. New York: Basic Books;1982.
4. Parkes CM. Bereavement: studies of grief in adult life. London: Routledge; 1996.
5. Glover L, Bolkanowski T, Lewkowicz S. On Freud's "Mourning and Melancholia". London: The International Psychoanalytical Association; 2009.
6. Bowlby J. Loss: Sadness and depression. London: The International Psychoanalytical Association; 1998.
7. Nelmeyer RA. Aprender de la pérdida. Barcelona: Paidós; 2002.
8. Gil-Juliá B, Bellver A, Ballester R. Duelo: Evaluación, Diagnóstico y Tratamiento. Psicooncología. 2008; 5(1): 103-16
9. Payás A, Griffin R, Phillips J, Camino L. Ponencia II Congreso Nacional de Cuidados Paliativos (SECPAL). Santander,6-9 Mayo.1998;p:281-286
10. Cunill M, Clavero P, Gras M.E, Planes M. Procesos de pérdida: como prevenir futuras dificultades. Comunicación breve. Cuaderno de .Medicina .Psicosomática y psiquiatría de enlace. núm93/94.2010; p:45-48.
11. Guías de práctica clínica en el SNS. Guía de práctica clínica: Clínica sobre el cuidado Paliativo. Ministerio de Sanidad y Consumo.2008.
- 12.Pereira R. Evolución i diagnóstico del duelo normal y patológico. Madrid:FMC 2010,17 (10);p:656-63.
- 13.Maddox I. Grief and bereavement. Med J Aust. 2003;179 (6):s6-s7.
- 14.Prigerson H, Vanderwerker I, Maciejewski P. A case for inclusion for Grief Prolonged in DSM-V. In: Strobe M, Hansson R, Schut H, Wolfgang H, editors. Handbook of bereavement research and practice: 21^a Century Perspectives, Washington DC:APA, 2008; 9. 165- 86.
- 15.Barretao, Soler MC. Muerte y duelo. Madrid: Síntesis,2007.

16. Chan E, O'Neill I, McKenzie M, Love A, Kissane D. What works for therapists conducting family meeting: Treatment integrity in family-focused grief therapy during palliative care and bereavement. *J Pain Symptom Manage* 2004;27(6):502-12.
17. Ringdal G, Jordhoy M, Ringdal K, Kassa S. the first year of grief and bereavement in close family members to individuals who have died of cancer. *Palliat Med* 2001;15:91-105.
18. Barreto P, Yi P, Soler C. Predicotires del duelo complicado. Valencia. *Psicooncología* 2008; 5(2-3): 283-400.
19. Hansoon R, Stroebe M, Margaret S. Bereavement in late life: coping, adaptation and developmental influences. Washigton: APA; 2007.
20. Bonanno G, Katman S. The carieties of grief experience. *Clim Psychol Rev* 2001;11: 705-34.
21. Maercker A, Fortmeieer S, Enzler A, Ehlert V. Complicated greif as a stress-response syndrome: results from the Zurich older age study. Paper presented at the 7th International conference on grif and bereavement in contemporary society. London.2005
22. American Psychiatric Association (APA). DSM-V-TR. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM). Barcelona: Amer Psychiatric Pub Incorporated; 2013
23. Stroebe W, Schut H. Risks factors in bereavement autcome: a methodological and empirical review. In: Strobe Ms, Strobe W, Hansoon RO, editors. Handbook of bereavemtn research: Consequences, coping ans care. Washigton: APA. 200: 349-71.
24. Prigeron HG, Jacobs SC. Traumatic grief as a distinet disorder: A rationale, consensus criteria, and a preliminary empirical test. In: Strebe MS, Hansoon RO, Stroebe W, Schut H, editors. Hanbook og bereavement research: consequences, copnig and care. Washigton: APA; 2001.p:613-45.
25. Tanarken A, Holland J, Schachter S, Vandeweker L, Zuckerman E, Nelson C et al. Factors of complicated greif predeath in caregivers of cancer patients. *Psychology*.2008;17 (2):105-11.

- 26.** Shear MK, Simon N, Wall M, Zisook S, Neimeyer R, Duan N, et al. Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5. *Depress Anxiety*.2011;28:103-17. Doi 10.1002/de.20780.
- 27.** American Psychiatric Association. DSM-V Development: Persistent Complex Bereavement-Related Disorder (Proposed for section III of the DSM-5). Proposed revision [En línia] 2013. [Acces el 17 de Febrer 2014]. Disponible a:
<http://www.dsm5.org/proposedrevision/pages/proposedrevision.aspx?rid=577>
- 28.** Organización Mundial de la Salud. CIE. Clasificación Internacional de las enfermedades: Trastornos Mentales y del comportamiento.10^{ed}. Zaragoza: Meditor; 2007.
- 29.** Prigerson H, Jacobs S. Traumatic grief as a distinct disorder: a rationale, consensus criteria, and a preliminary empirical test. In: Stoebe MS, Hansson R, Stroebe W, Schut H, editors. *Handbook of bereavement research: Consequences, coping and care*. Washington DC: APA.p.165-186.
- 30.** Barreto P, De la torre O, Pérez M. Detección del duelo complicado. *Psicooncología*. 2012; 9(2-3): 355-68.
- 31.** Lacasta MA, Sastre P. El manejo del duelo. En: Die M, López E, editoras. *Aspectos psicológicos en cuidados paliativos. La comunicación con el enfermo y la familia*. Madrid: Ades Ediciones; 2000.p.451-506.
- 32.** Lacasta M, Sastre M, Arranz P, Sánchez M, Sánchez Y, Euguino A. Un programa de grupos de duelo en Cuidados Paliativos. *Med Paliativa*.1999;6:27-32.
- 33.** Angew A, Manketlow R, Taylor B, Jones L. Bereavement needs assessment in specialist palliative care: A review of the literature. *Palliat Med* 2010;24(1):46-59.
- 34.** Limonero JT, Lacasta M, García JA, Maté J, Prigerson HG. Adaptación al castellano del inventario de duelo complicado. *Medi Paliat*. 2009;16 (5):291-97.
- 35.** Arranz P, Barbero JJ, Barreto P, Bayés R. Intervención emocional en cuidados paliativos: Modelos y Protocolos. *Ariel Ciencias Médicas*; Barcelona:2003;p:111-112.

36. Clavero P, Cunill M. Rituales de despedida y conmemoración: la celebración de una vida. Su función preventiva en el proceso de duelo. Girona: Alfinilibros;2008.
37. Agrafojo E, Manique de Lara B. El duelo: Modelos teóricos. Reacciones normales y patológicas del duelo. En: Die M, López E, editoras. Aspectos psicológicos en cuidados paliativos. La comunicación con el enfermo y familia. Madrid: Ades Ediciones,2002; p:475-90.
38. Kübler-Ross E. On death and Dying. New York: Macmillan Library Reference;2003.
39. Gala Leon, F.J. et al. Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo: Una revisión conceptual. Cuad. med. forense . 2002, n.30, pp. 39-50. ISSN 1135-7606
40. Worden. Grief counselling and grief therapy; A handbook for the mental health practitione 4. London: Tavistock Rout ledge.1997.
41. Wolfelt A. Greeting meaningful funeral experiences. Aguide for caregiver s. Colorado. Companion Press.2000
42. Fernández A, Rodríguez B. Dinámica familiar. Intervenciones sobre problemas relacionados con el duelo para profesionales de Atención Primaria (I): el proceso del duelo. Madrid. Medifam. 2012; 12 (3)
43. Fernández A, Rodriguez B. Dinámica familiar. Intervenciones sobre problemas relacionados con el duelo para profesionales de Atención Primaria (II): Intervenciones desde Atención Primaria de Salud Madrid. Medifam. 2012; 12(3)
44. Real decret 1393/2007,del 29 d'Octubre, ordenació de l'ensenyament universitari oficial, relatiu a la memòria per la sol·licitud de verificació de títols oficials.

4. METODOLOGIA

4.1 Hipòtesis i objectius

Tot seguit es redacta la relació de les hipòtesis i dels objectius del projecte d'investigació.

Hipòtesi 1

Les infermeres i els infermers d'atenció primària tenen coneixement del dol, i del dol patològic.

Objectius:

- Identificar el coneixement que tenen els/les professionals infermers d'Atenció Primària sobre el dol.
- Identificar el coneixement que tenen els/les professionals infermers d'Atenció Primària del dol patològic.

Hipòtesi 2

Les infermeres i els infermers d'atenció primària no tenen eines per la detecció del dol patològic.

Objectiu:

- Conèixer la formació específica rebuda que tenen els/les professionals infermers .

Hipòtesis 3

Les infermeres i els infermers d'atenció primària que detecten un dol patològic no el saben gestionar.

Objectiu:

- Conèixer la intervenció del personal d'infermeria davant d'un dol patològic.

4.2 Material i mètodes

4.2.1 Període i disseny de l'estudi

Es tracta d'un estudi descriptiu transversal que es durà a terme del Setembre del 2014 al Febrer del 2016. Per a la realització d'aquest estudi s'utilitzarà la metodologia quantitativa i qualitativa.

4.2.2 Àmbit de l'estudi

L'estudi es durà a terme a les Àrees Bàsiques de Salut de la Regió Sanitària de la ciutat de Girona que pertanyen a l'Institut Català de la Salut. La recollida de dades es realitzarà en les ABS de la ciutat de Girona: Girona 1 (CAP Santa Clara), Girona 2 (CAP Can Gibert del Pla), Girona 3 (CAP de Montilivi) i Girona 4 (CAP Taialà) les quals representen un 20,45% de les 41 ABS existents en tota la regió de Girona. Aquestes ABS pertanyen a l'Institut Català de la Salut (ICS).

4.2.3 Població i mostra

La mostra d'estudi són infermers i infermeres d'Atenció Primària que treballen actualment a les ABS de la ciutat de Girona i que pertanyen a l'ICS.

Segons dades facilitades per Recursos Humans de l'Institut Català de la Salut i que coincideixen amb d'altres estudis la plantilla d'infermers i infermeres de l'ABS de Girona es recullen a la següent Taula 3 i són un total de 72 professionals.

Taula 3: ABS i número de professionals per ABS escollida

Girona 1	14 infermers/es
Girona 2	24 infermers/es
Girona 3	26 infermers/es
Girona 4	8 infermeres/es
TOTAL: 72 infermeres/es	

*Baltasar Bagué A, Gras Pérez ME, Font-Moyolas S. Universitat de Girona. Coneixements dels professionals de la Salut de l'Atenció Primària sobre prevenció del consum de drogues. Girona: Universitat de Girona:2012.

4.2.4 Criteris d'inclusió i criteris d'exclusió

Els professionals infermers susceptibles a participar en l'estudi són aquells professionals diplomats/graduats infermers/es que estan en plantilla en caràcter fixe, interinatge o en contracte superior a 3 mesos a les consultes d'adults en les ABS esmentades anteriorment.

S'exclouran tots aquells professionals que tinguin contracte de caràcter temporal (substitucions) inferiors a 3 mesos, que es troben amb una incapacitat laboral transitòria, que treballin en l'àrea pediàtrica, així com el personal fixe en situació d'excedència.

4.2.5 Descripció de les variables d'estudi

▪ Variables socio-demogràfiques:

- Edat, sexe, nacionalitat, centre d'atenció primària on treballa el/la participant, torn de la consulta, situació laboral, anys d'experiència en l'àmbit, lloc de realització dels estudis d'infermeria, modalitat de titulació universitària, experiència personal en relació al dol.

Aquestes variables s'analitzaran amb metodologia quantitativa.

▪ Variables d'estudi:

- Variables que valoren el coneixement del dol
- Variables que valoren la formació rebuda del participant
- Variables que valoren l'actuació davant d'una persona amb dol, instruments per la detecció del dol patològic i les intervencions del professional.

A la Taula 4 es mostra la descripció de les variables que s'analitzaran amb metodologia quantitativa.

▪ Variables d'estudi del Grup Focal Nominal:

Aquestes variables s'analitzaran amb metodologia qualitativa. Veure Taula 5.

Taula 4: Descripció de les variables que s'analitzaran amb metodologia quantitativa

<u>Variable</u>	<u>Tipus</u>	<u>Concepte</u>	<u>Valor</u>
Variables socio-demogràfiques			
Edat	Quantitativa contínua	Indica l'edat biològica del professional	En anys
Sexe	Nominal	Indica el gènere del professional	Home o dona
Nacionalitat	Pregunta oberta	Indica la procedència del professional	Text lliure
Centre d'atenció primària on treballa el/la participant	Nominal	Indica al lloc on actualment el professional realitza l'exercici laboral	Girona 1, Girona 2, Girona 3 o Girona 4
Torn de la consulta	Nominal	Indica el període real que el professional treballa	Matí, Tarda o Lliscant
Situació laboral	Nominal	Indica la categoria laboral del professional	Fixa, interinitat o superior a 3 mesos
Anys d'experiència professional en l'àmbit	Quantitativa contínua	Indica el temps que porta el professional en l'àmbit assistencial	En anys
Lloc de realització dels estudis	Pregunta oberta	Indica la universitat la qual ha realitzat els seus estudis	Text lliure
Modalitat de titulació universitària	Nominal		Diplomat o graduat
Experiència personal en relació al dol	Nominal		Sí o No

Taula 5: Descripció de les variables que s'analitzaran amb metodologia qualitativa

<u>Variable</u>	<u>Tipus</u>	<u>Concepte</u>	<u>Valor</u>
Variables d'estudi			
Variables que valoren el coneixement del dol	Ordinal quantitatives i qualitatives	Concepte del dol, dol patològic, tipus de dol patològic i epidemiologia del dol a la consulta	Preguntes obertes i tancades
Variables que valoren la formació rebuda del professional		Si han rebut formació o no	
Variables que valoren l'actuació davant d'una persona amb dol, instruments per la detecció del dol patològic i les intervencions del professional		Valora l'actuació del professional basada amb evidència científica.	

4.2.6 Instruments per l'estudi

Per a la recollida de dades de les variables d'estudi:

- **Estudi d'anàlisi quantitatiu:**

Per a realitzar aquesta anàlisi, la investigadora ha elaborat un qüestionari ja que no se n'ha trobat cap de validat, en relació a les variables de l'estudi en les bases de dades científiques revisades (Medline, PsycInfo, Cinhal, IME,...) tot i que s'ha trobat ens els existents i que d'una forma o altra es podria incloure o modificar alguna de les preguntes d'aquests. Conté un total de 25 preguntes les quals recullen informació sobre: dades socio-demogràfiques, el coneixement infermer en relació el dol, dol patològic, del principi fonamental el qual es basa la seva intervenció, coneixement de les intervencions del professional, els factors de risc relacionats amb el dol patològic, els recursos que tenen els professionals per dur a terme la seva intervenció i la formació específica sobre el tema.

L'enquesta, s'administrarà sota l'autorització expressa mitjançant una sol·licitud formal de participació com a subjecte d'estudi i l'explicació del projecte (Annex 1, Annex 2).

L'instrument està constituït per dues parts la primera part es recullen les variables socio-demogràfiques i a la segona part constituïda per 15 ítems en resposta tancada i 8 d'aquestes en resposta oberta.

És de fàcil comprensió i no precisa de gaire temps per contestar-lo, el qual el fa factible. Tanmateix es proporcionarà l'enquesta en llengua catalana i llengua castellana.

El temps per la seva aplicació és d'uns 20-25 minuts aproximadament.

▪ **Estudi d'anàlisis qualitatiu:**

Grup Focal Nominal:

A posteriori de la recollida de les dades quantitatives mitjançant l'instrument d'avaluació del coneixement en relació el dol i el dol patològic, neix la necessitat de contrastar i complementar els resultats obtinguts de la mesura objectiva amb opinions i diferents punts de vista dels participants sobre el dol, dol patològic i les intervencions com a professionals davant d'un pacient amb dol.

Per tal de dur a terme el procés de recollida de dades, s'emprarà la tècnica dels grups focals, la qual constitueix una modalitat d'entrevista col·lectiva, semiestructurada i oberta que ens permet organitzar una discussió, des d'una perspectiva personal, sobre una temàtica concreta abordada per l'investigador o els investigadors (Annex 3). A més, es caracteritza per treballar amb l'instrument d'anàlisis que no busca informar sobre l'extensió del fenomen, sinó més bé, interpretar-lo en profunditat i amb detall, per entendre el comportament social i les pràctiques quotidianes dels professionals.

Per l'estudi, els grups focals són considerats una tècnica orientada a l'obtenció de dades qualitatives que ens permeten recol·locar informació relacionada amb els propis coneixements, actituds, sentiments, creences i les experiències personals. A la vegada, ens permet conèixer opinions i diferents punts de vista

que no es podien conèixer de cap altra manera, ja que succeeixen de la interacció entre persones, és a dir, cada comentari produirà una sèrie de reaccions i respostes entre el grup de professionals.

Es formaran set grups focals, un per cada centre escollit per l'estudi, constituït per 6 persones de forma voluntària o convidada per els mateixos investigadors, després de la seva autorització expressa (Annex 4) de la sol·licitud formal per a la participació com a subjecte d'estudi, informant-los que la sessió serà gravada i garantint la confidencialitat i l'anonimat .

Les sessions es duran a terme a les instal·lacions del Centre d'Atenció Primària i la seva durada serà aproximadament entre 60 i 90 minuts per cada grup. Per dur-los a terme, s'elaborarà un "guió de discussió" que contingui les preguntes i indicacions per iniciar i tancar la sessió. Els investigadors conduiran el grup focal.

En finalitzar la sessió, es donarà la paraula a tots els participants amb la finalitat de reforçar alguna opinió expressada anteriorment.

4.2.7 Descripció del procediment i recollida de dades

Tal i com s'exposa en el cronograma de l'estudi, el procediment i la recollides es desglossaran en dos punts:

- **Anàlisis quantitatiu**

1. Es realitzaran reunions de consens sobre el procediment de l'estudi amb l'equip d'investigació i on tindrà lloc la definició de les tasques de cada component de l'estudi.
2. Presentació del projecte per a la seva aprovació per Comitè d'Ètica d'Investigació clínica (CEIC) del centre. (Annex 5)
3. Obtinguda l'aprovació de l'estudi pel CEIC , es demanarà el permís en als Serveis Territorials de Girona de l'Institut Català de la Salut. (Annex 6)
4. Tanmateix, es procedirà al disseny i creació de la matriu en una fulla de càlcul pel bolcat de les dades de les diferents variables, preparació del

qüestionari en català i castellà, material de distribució, arxius informàtics estructurats, etc.

5. Es convocarà una reunió a les/els adjunts dels centres per tal d'informar de la realització de l'estudi (Annex 7) i on s'administraran els qüestionaris i fulls informatius de l'estudi d'investigació per tal que aquests siguin distribuïts en els participants.
6. Per a la recollida de les dades quantitatives, s'administrarà el qüestionari en els professionals de la salut de l'atenció d'adults dels Centres d'Atenció Primària, després de la seva autorització expressa de la sol·licitud formal per a la participació com a subjecte d'estudi, garantint la confidencialitat i l'anonimat. El qüestionari inclou les variables socio-demogràfiques i les preguntes relacionades amb la qualitat de vida, amb una duració aproximada d'entre 20 i 25 minuts. El qüestionari serà administrat per la/el supervisora/or del centre per tal d'agilitzar el procediment i facilitar-lo.
7. Les dades de l'estudi seran analitzades mitjançant el paquet estadístic SPSS 20. Totes les variables independents se'ls realitzarà una anàlisi descriptiva univariant obtenint les dades descriptives de tendència central (mediana) i la dispersió (desviació estàndard o rang interquartil (RIQ), Percentils 25 (P25) i 75 (P75)) a les variables numèriques, amb l'interval de confiança per la mediana del 95%. Les variables categòriques s'expressaran en una taula de freqüències i percentatges.

A més es realitzarà una anàlisi bivariant de les variables per relacionar-les i veure si existeix significació estadística. Per relacionar les variables categòriques s'utilitzarà la Chi al quadrat de Pearson. Per a les variables numèriques, se les dades es distribueixen com una llei normal, s'utilitzarà la prova t de Student (two-sample t-test) per comprovar la mediana entre els grups independents i la prova ANOVA per els altres grups. En el cas contrari, s'utilitzarà el test "U" de Mann-Whitney o el test de Kruskal-Wallis, respectivament. Per la seva comparació, s'utilitzarà la prova t de Student per les dades aparellades (paired t-Student) o la ANOVA per medianes repetides si les dades segueixen en llei normal. En cas contrari, s'utilitzarà el test de Wilcoxon o el Test de Friedman. Els resultats es consideraran estadísticament significatius amb una p-valors <0,05.

▪ Anàlisis qualitatiu

S'organitzarà un grup focal per cada centre subjecte de l'estudi.

Es quedarà amb una hora i un dia per dur a terme el grup focal amb els participants.

El dia del grup focal s'administrarà a cada participant un consentiment de participació a l'estudi, es durà a terme el guió de discussió i per finalitzar-lo es farà un refrigeri com a agraïment per la participació dels participants.

A partir de l'enregistrament dels participants en els grups focals, les variables, seran bolcades en una base de dades per el becari, per la posterior anàlisis de contingut mitjançant l'aplicació informàtica N-vivo 10.

▪ Prova Pilot

Es durà a terme en el CAP de Montilivi en el qual hi participaran 10 professionals de la salut de forma voluntària o convidada per el mateix investigador. Es pactarà dia i hora per la realització d'aquesta. Aquest dia l'investigador administrarà i recollirà el qüestionari, el consentiment de participació en els subjectes.

La finalitat d'aquesta prova és comprovar que el qüestionari, no comporta errors de comprensió i si s'escau poder-ho modificar, tot reformulant si alguna de les preguntes es mostra ambigua.

4.2.8 Aspectes ètics

El projecte de l'estudi es presentarà al Comitè Ètic d'Investigació Clínica (CEIC) de l'Hospital Universitari Dr. Josep Trueta, per tal de poder comptar amb el vistiplau per a la seva execució i es demanarà permís als Serveis Territorials de Girona de l'Institut Català de la Salut.

A l'aprovació per el CEIC i el permís esmentat anteriorment es procedirà a l'autorització oficial pels gestors responsables dels centres i es duran a terme les tasques previstes per la posta en execució de l'estudi.

Les dades s'obtingueran de manera anònima i requeriran de consentiment informat. Es garantirà la confidencialitat dels participants i a l'hora es garantirà que les dades obtingudes tinguin l'única finalitat de caire acadèmic.

4.2.9 Limitacions de l'estudi

- Pèrdua de participants en l'enquesta estadística que disminuirà la mostra per el que incidirà en els resultats de les anàlisis bivariants per poder establir una significació estadística.
- Els estudis transversals i l'enquesta ja que no es podran establir relacions causa-efecte.
- El ser una enquesta d'autocompliment existeix el biaix de les respostes que poen ser contestades sobre la desitjabilitat social dels participants.

Les limitacions d'aquest estudi sobretot per el què fa a la mostra s'hauria de considerar com estudi pilot i que ens mostrarà la situació actual del subjecte d'estudi a la ciutat de Girona (objectiu del projecte actual). Així que per tal d'incrementar la significació estadística i poder inferir en els resultats a una població més global, serà necessari ampliar aquest estudi a totes les ABS de la regió de Salut de Girona.

4.2.10 Resultats i aplicabilitat dels resultats de l'estudi per la pràctica infermera

Aquest estudi és el punt inicial per a la detecció de les necessitats de caire formatives dels professionals de la salut per fer front a les situacions que es poden trobar en l'àmbit de l'atenció primària.

Tanmateix , el fet de participar a l'estudi, els subjectes es creen un raonament constructiu de la importància de saber gestionar una persona amb dol i dur a terme una bona praxis i dóna lloc a crear una motivació per continuar una formació en relació al tema estudiat.

L'estudi és una eina clau per fomentar la necessitat de protocolaritzar les intervencions que es duen a terme amb la persona en dol amb la finalitat de garantir una bona assistència i per altre banda la detecció de la manca de formació per respecte en el tema per els professionals.

5 CRONOGRAMA DEL PROJECTE

<u>FASE PRELIMINAR</u>	TEMPS	TASCA
	setembre 2014 al Gener 2015	<ul style="list-style-type: none"> • Revisió bibliogràfica sobre el tema, consulta amb els experts. • Elaboració del projecte d'estudi. • Reunions de consens sobre el procediment d'execució de l'estudi de l'equip d'investigació. • Presentació del projecte al CEIC (Comitè Ètic d'Investigació Clínica), per tal de tenir el vistiplau i poder tirar endavant el projecte.
	Febrer 2015	<ul style="list-style-type: none"> • Demanar permís als Serveis Territorials de Girona de l'Institut Català de la Salut per la realització d'aquest estudi. • Entregar una carta de presentació amb el projecte adjunt.
	Març 2015	<p>Organització del treball:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Selecció de la mostra de l'estudi (actualització dels llistats de les persones que viuen a la comarca del Gironès). • Disseny i creació de la matriu en un fulla de càlcul pel bolcat de les dades de les diferents variables. • Preparació del qüestionari, material de distribució, arxius informàtics estructurats, consentiments, permisos,... • Elaboració del guió de discussió pels grups focals.

<u>FASE TREBALL DE CAMP</u>		TASCA
	Abril, Maig, Juny, Setembre, Octubre, Novembre 2015	<ul style="list-style-type: none"> • Informar mitjançant la via electrònica a la relació àrees bàsiques de salut sobre el projecte i convocar a les adjuntes per una sessió informativa. • Prova pilot per la validació, garantir la claredat i la facilitat d'administració de l'enquesta en els professionals del CAP de Montilivi. • Administració dels qüestionaris estandarditzats als participants. • Recollida de les dades, disseny de la base de dades, informatització de les dades i control de qualitat d'aquestes. • Reformulació de l'enquesta segons la literatura en cas d'ambigüitat en les preguntes. • Concertació de dates i grups focal mitjançant correu electrònic. • Sessió informativa a les 14:00 al CAP de Montilivi del Pla a l'aula central amb les diferents adjunts/es d'infermeria de les ABS escollides. • Primer Grup Focal: CAP de Montilivi a les 14:00h + entrega consentiment informat + informació del projecte + refrigeri • Segon Grup Focal: CAP Vila-Roja a les 13:30H + entrega consentiment informat + informació del projecte + refrigeri • Tercer Grup Focal: CAP Güell a les 18:00h + entrega consentiment informat + informació del projecte + refrigeri • Quart Grup Focal: CAP Can Gibert del Pla 16:30h + entrega consentiment informat + informació del projecte + refrigeri • Cinquè Grup Focal: CAP Dr. Joan Vilaplana 13:30H + entrega consentiment informat + informació del projecte + refrigeri • Sisè Grup Focal: CAP Santa Clara 14:30h + entrega consentiment informat + informació del projecte + refrigeri • Setè Grup Focal: CAP Santa Clara 13:30H + entrega consentiment informat + informació del projecte + refrigeri

<u>FASE D'ANÀLISI I INTERPRETACIÓ DE LES DADES</u>		TASCA
	Octubre i Desembre 2105	<ul style="list-style-type: none"> • Anàlisis estadística de les dades quantitatives mitjançant el programa informàtic SPSS 20. • Anàlisis de les dades qualitatives mitjançant el programa informàtic Nvivo10. • Finalitzar la redacció de resultats, discussió i conclusions.
	Gener i Febrer del 2016	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar marc teòric/antecedents i la metodologia del projecte i actualitzar fonts bibliogràfiques, si és necessari. • Revisió de la memòria. • Finalització de la recerca. • Revisió del text i traducció del projecte (castellà i anglès). • Enviar i publicar l'article a les revistes que més s'adaptin a la temàtica.

6 PRESSUPOST ECONÒMIC

A les següents taules es desglossen les despeses aproximades requerides per tal de poder dur a terme el projecte en unes condicions apropiades :

Taula 6: **Despeses de Recursos Humans**

S'inclouen els elements relacionats amb la força de treball participant, en la qual intervenen el salari mensual i l'increment per direcció i participació, determinant-se l'import d'acord amb el percentatge de la jornada laboral dedicat a treballar en la investigació i el temps de duració.

Concepte	Durada	Núm hores/dia	Núm dies /set	€/h	€/m	Total
Becari 1	10 mesos	2h/d	3d/set	6€/h	72€ x 10m	720,00€
Becari 2	10 mesos	2h/d	3d/set	6€/h	72€ x10m	720,00€
TOTAL:						1400,00€

Taula 7: **Despeses de Material Fungible**

Concepte	Presentació	Quantitat	Preu/unitat	Total
Fulls de paper	Paquet 500	5	3,00 €	15,00 €
Bolígrafs	Caixa de 10	1	3,50 €	3,50 €
CD-RW	caixa de 10	1	10,50 €	10,50 €
USB	USB 16GB	2	12,00 €	24,00 €
Tonner	Caixa	1	80,00 €	80,00 €
impressora làser				
Fotocòpies dels documents	Fulls	1000	0,05 €	50,00 €
Total:				183,00 €

Es recull l'equipament requerit pel projecte i que no pugui garantir les unitat
executores.

Taula 8: **Despeses de l'Equipament**

Concepte	Quantitat	Total
TiC i programes d'anàlisis: SPSS, N- Vivo	-	-
Grabadora de veu	2 unitats X 50,50	101,00 €
Total:		101,00€

Una vegada s'ha dut a terme la investigació, l'investigador/ra ha de transmetre al públic els coneixements i resultats que ha obtingut en l'estudi. En la següent taula es recullen els principals conceptes per realitzar la difusió científica del projecte.

Taula 9: **Despeses per la difusió científica**

Concepte	Desgloss. Concepte	Quantitat	Total
Comunicació científica Nacional	Inscripció	300 €	1.200,00 €
	Dietes	300 €	
	Viatge	600 €	
Comunicació Científica internacional			
	Inscripció	300 €	1.300,00 €
	Dietes	400 €	
	Viatge	600 €	
Publicació	2 Revistes Científiques d'Infermeria	500€/Revista	1.000,00 €
Traducció i correcció		400/article	800,00€
Total:			4300,00€

Taula 10: **Altres despeses**

Concepte	Quantitat	Total
Refrigeris	10 x 7	70
Total:		70,00€

TOTAL COST DEL PROJECTE: 6054,00€

ANNEX 1

**QÜESTIONARI SOBRE EL CONEIXEMENT DEL DOL,
DOL PATOLÒGIC, LES FASES DEL DOL I LA
INTERVENCIÓ DELS PROFESSIONALS INFERMERS/ES
D'ATENCIÓ PRIMÀRIA DE LA CIUTAT DE GIRONA.**

Qüestionari sobre el coneixement del dol, dol patològic, les fases del dol i la intervenció dels professionals infermers d'Atenció Primària de la ciutat de Girona.

Som un grup d'estudiants del grau d'Infermeria els quals estem realitzant una investigació en relació a la temàtica del dol.

L'objectiu d'aquest document és informar al participant sobre l'estudi i quines són les condicions en quan a la seva col·laboració.

El present estudi pretén identificar els coneixements que tenen els professionals d'infermeria de l'atenció primària en relació el dol, dol patològic, l'instrument de mesura dels factors de risc del dol patològic i quina és la seva intervenció sobre l'atenció a l'usuari.

Es tracta d'un estudi qualitatiu i quantitatiu amb un disseny descriptiu que es durà a terme del Setembre del 2014 al Febrer del 2016. La instrumentalització d'aquest estudi es fa mitjançant una enquesta totalment anònima, és per aquest motiu que d'acord amb la Llei 15/1999 de Protecció de Dades de Caràcter Personal, les dades personals que s'obtinguin seran exclusivament les justificades en els objectius formulats en l'estudi i totalment autoritzades verbalment per professional col·laborador. En cap cas es permetrà l'accés a les enquestes, aquest serà restringit únicament pels membres del grup de la recerca. En tot moment es garantirà la confidencialitat.

S'agraeix anticipadament la participació.

Per més informació en relació a l'estudi i/o desitja posar-se en contacte amb el grup de recerca, adreça a: recercadolgironaap@gmail.com

Moltes gràcies per la seva participació!

A.Dades sociodemogràfiques:

1. Edat: anys
2. Sexe: ☐ Home ☐ Dona
3. Nacionalitat:
4. Estudis Realitzats de: ☐ Diplomatura ☐ Graduat
5. Centre d'Atenció Primària de: (Marca amb una creu, el CAP on treballes)

<input type="checkbox"/> CAP de Montilivi	<input type="checkbox"/> CAP Güell
<input type="checkbox"/> CAP de Vila-Roja	<input type="checkbox"/> CAP Santa Clara
<input type="checkbox"/> CAP Dr. Vilaplana	<input type="checkbox"/> CAP de Can Gibert del Pla
6. Situació laboral / contracte: ☐ Fixe ☐ Interinitat ☐ >6 mesos ☐ <6 mesos
7. Torn de treball: ☐ matí ☐ tarda ☐ Il·liscant
8. Anys d'experiència en l'àmbit de l'Atenció Primària: ANYS

9. Lloc de realització dels Estudis d'Infermeria:

.....

10. Has tingut experiència personal en relació el dol: ☐ SI ☐ NO

B. Qüestionari – Coneixement del dol

1. Saps què és el dol?

SI ☐ NO ☐

Si la teva resposta és SI, defineix-lo breument:

.....

.....

2. Quantes persones amb dol visites aproximadament al mes?

3. Quin percentatge creus que representa sobre el volum total de la teva consulta?

.....%

4. Saps què és el dol patològic?

SI ☐ NO ☐

Si la teva resposta és SI, defineix-lo breument:

.....

.....

5. Coneixes algun tipus de dol patològic?

SI ☐ NO ☐

Si la teva resposta és SI, enumera'ls:

.....

6. Has rebut alguna formació específica sobre l'atenció al dol?

SI ☐ NO ☐

Si la teva resposta és SI, quina és:

.....

Lloc de realització de la formació:

.....

7. Creus que la formació que tens és suficient per atendre a persones amb dol?

Marca el número que correspongui essent:

- 0 : cap formació
- 5: hauria de realitzar algun curs per adquirir més formació
- 10: tinc tota la formació que em cal en relació el tema

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Cap formació

Formació necessària

8. Quan tens un/una usuari/a amb dol a la consulta, et sents amb suficients recursos per la teva dur a terme la teva intervenció?

SI ☐ NO ☐

9. Coneixes les fases del dol?

SI ☐ NO ☐

Si les coneixes, enumera-les:

.....

10. En quin principi fonamental es basa la teva intervenció per dur a terme la detecció de la fase del procés de dol que està el/la pacient?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Amb els principis de Freud | <input type="checkbox"/> Amb els principis de Worden i |
| <input type="checkbox"/> Amb els principis de Parkes | Wolfet |
| <input type="checkbox"/> Amb els principis de la | <input type="checkbox"/> Cap d'aquests principis |
| Küebel-Ross | |

11. Utilitzes algun instrument de mesura específic per la detecció del dol patològic?

SI ☐ NO ☐

Si la teva resposta és SI, anomena'ls:

.....

12. Saps quins són els factors de risc del dol patològic?

SI ☐ NO ☐

Si has contestat SI a la resposta anterior, escriu 3 factors de risc:

1-

2-

3-

13. En cas que hagi de derivar alguna persona amb dol patològic, fas servir criteris de derivació?

SI ☐ NO ☐

En cas que els facis servir quins són:

.....

14. A quin servei derives l'usuari al qual li detectes un dol patològic?

A) Al metge de capçalera

D) A la/el treballadora/or social

B) A un psicòleg

E) Al servei de dol de la regió de Girona

C) A un psiquiatre

F) A altres serveis

Si el o la derives a altres serveis, anomena'ls:

.....

15. Amb quina freqüència et trobes que has de derivar a la persona en dol patològic a un altre servei?

☐ No m'hi he trobat

☐ Mensualment

☐ Setmanalment

☐ Aproximadament cada 2 mesos

☐ Aproximadament cada 3 mesos

☐ Anualment

☐ Aproximadament cada 6 mesos

☐ Superior a un any

MOLTES GRÀCIES PER LA SEVA PARTICIPACIÓ!

ANNEX 2

CONSENTIMENT INFORMAT PELS PARTICIPANTS D'INVESTIGACIÓ

L'objectiu del consentiment informat és proporcionar als participants d'una investigació la informació necessària per decidir participar voluntàriament en aquesta.

El present estudi, liderat per un equip d'estudiants d'infermeria, pretén analitzar el coneixement, actitud i les intervencions sobre el dol i dol patològic els professionals d'infermeria de l'Atenció Primària de la ciutat de Girona mitjançant un qüestionari propi.

Si vostè accedeix a participar a l'estudi, d'una manera voluntària, se li demanarà que respongui a un seguit de preguntes relacionades amb la temàtica de l'investigació. El qüestionari és anònim i té una durada aproximada entre 15-20 minuts. La informació que es reculli és confidencial i no s'utilitzarà per qualsevol altre propòsit que no contempli específicament dins la investigació.

Si durant la seva participació té algun dubte sobre aquest projecte pot realitzar les preguntes que consideri necessàries. Tanmateix, pot retirar-se de la investigació en qualsevol moment sense que això suposi cap perjudici per a vostè. Si alguna de les preguntes durant l'entrevista li sembla incòmoda, té el dret a fer-ho saber a l'investigador o bé, no respondre-la.

Li agraïm per avançat la seva participació,

Equip d'investigació

Accepto participar voluntàriament en aquesta investigació havent rebut informació prèvia de l'objectiu de l'estudi. Reconec que la informació que proporcioni al llarg de la investigació serà totalment confidencial i no serà utilitzada en qualsevol altre propòsit sense el meu consentiment.

Entenc que se'm lliurarà una còpia del consentiment i que puc demanar informació sobre els resultats de l'estudi una vegada conclòs.

Girona, _____ de _____ del 20____.

Signatura del participant

ANNEX 3

Guió del Grup Focal Nominal “discussió”

Preguntes:

- 1- Què és per a vosaltres el dol?
- 2- Quines etapes del dol coneixeu?
- 3- Creieu que és un procés normal que tota persona és susceptible al llarg de la seva vida a passar-hi?
- 4- Què és per a vosaltres el dol patològic?
- 5- Creieu que d'un dol no segueix el seu procés normal pot esdevindre un dol patològic?
- 6- Es podria prevenir el dol patològic?
- 7- Creieu que hi ha factors de risc que es relacionin amb el dol patològic?
- 8- En podríeu dir-ne?
- 9- Creieu que el professional infermer té un paper important en el procés de dol?
- 10- Creieu que és competència del professional infermer d'Atenció Primària reconduir el procés de dol?
- 11- Creieu que l'actuació/intervenció del professional infermer en un procés de dol hauria d'estar protocol·litzat com a altres actuacions que duem a terme?
- 12- Hi ha algun protocol establert a l'Atenció Primària de l'acompanyament del dol en el pacient?
- 13- Creieu que seria necessari un instrument per detectar un dol mal elaborat?
- 14- En quin servei derivaríeu una persona que li detecteu un dol patològic a partir d'uns factors de risc establerts?
- 15- Us trobeu molt freqüentment amb pacients amb problemes de dol?
- 16- Creieu que esteu suficientment formats/des per tractar persones amb dol?

ANNEX 4

CONSENTIMENT INFORMAT PER ALS PARTICIPANTS AL GRUP FOCAL

L'objectiu del consentiment informat és proporcionar als participants d'una investigació necessària per a decidir participar voluntàriament en aquesta.

El present estudi, liderat per un equip d'estudiants d'infermeria, pretén analitzar el coneixement del concepte dol, dol patològic i l'actitud i les intervencions en l'usuari dels professionals d'infermeria de l'Atenció Primària de la ciutat de Girona mitjançant la realització d'un grup focal que, consisteix en una entrevista grupal per conèixer opinions i diferents punts de vista des d'una perspectiva personal.

Si vostè accedeix a participar a l'estudi, d'una manera voluntària, se li demanarà que col·labori en un seguit de preguntes relacionades amb el seu coneixement sobre la temàtica esmentada anteriorment. Consistirà en una sessió, la qual serà enregistrada en format audio per la seva posterior transcripció, d'una durada d'aproximadament entre 60 i 90 minuts. La informació que es reculli serà anònima i confidencial i no s'utilitzarà per qualsevol altre propòsit que no es contempli específicament dins la investigació.

Si durant la seva participació té algun dubte pot realitzar les preguntes que consideri necessàries. Tanmateix, pot retirar-se de la investigació en qualsevol moment sense que això suposi cap perjudici per a vostè. Si alguna de les preguntes li semblen incòmodes, té el dret de fer-ho saber a l'investigador o bé, no respondre-la.

Li agraïm per avançar la seva participació,

Equip d'investigació

Accepto participar voluntàriament en aquesta investigació havent rebut informació prèvia de l'objectiu de l'estudi. Reconec que la informació que proporcioni al llarg de la investigació serà totalment confidencial i

no serà utilitzada en qualsevol altre propòsit sense el meu consentiment.

Entenc que se'm lliurarà una còpia del consentiment i que puc demanar informació sobre els resultats de l'estudi una vegada conclòs.

Girona, _____ de _____ del 20____

Signatura del participant

ANNEX 5

SOL·LICITUD D'AVALUACIÓ AL COMITÈ ÈTIC D'INVESTIGACIÓ CLÍNICA (CEIC)

Benvolguts,

Adjuntem documentació corresponent a:

Títol: CONEIXEMENT I GESTIÓ DEL DOL PER PART DELS INFERMERS/ES D'ATENCIÓ
PRIMÀRIA DE GIRONA

Codi de Protocol:.....

CEIC de Referència:

LLISTAT DE DOCUMENTACIÓ QUE ES PRESENTA

Exemple:

- Carta de sol·licitud d'Avaluació de l'Estudi/Esmena Rellevant X v. X del XX/XX/XXXX
- Esmena Rellevant V.X delde De 2014
- PDF Modificació Rellevant

En cas de necessitar més informació o documentació addicional, es posin en contacte amb:

Nom: ESTHER CÁCERES MALAGELADA

Telf: 972-25-26-27

Mòbil: 6968-85-89-89

E-mail: recercadolgironaap@gmail.com

Demanam que signin i datin una còpia d'aquesta carta, com a conformitat de rebut.

Nom	Signatura/Segell	Data

Cordialment,

Girona,.....

ANNEX 6

CARTA PER A SOL·LICITUD

A l'atenció del Sr. Josep Trias i Figueras / Director dels Serveis Territorials de la Regió Sanitària de Girona

A l'atenció del Sr. Ferran Garcia-Bragado Dalmau / President del Comitè d'Ètica d'Investigació Clínica de Girona (CEIC)

A l'atenció de la Sra. Sara Rodríguez Requejo / Directoria d'Atenció Primària de Girona

Benvolgut/da Sr/a,

M'adreço a vostè per sol·licitar la seva col·laboració en l'avaluació d'un projecte de recerca per a finalitzar els estudis del grau en infermeria, sota la direcció de la Dra. Concepció Fuente i Pulmerola del Departament d'Infermeria de la Universitat de Girona.

El tema principal està relacionat en el fenomen del dol, en concret, el dol patològic. Per tant, la intenció de la recerca és estudiar els coneixements, les actituds i les intervencions dels professionals d'infermeria respecte aquest tema.

És per aquest motiu que sol·licito a la direcció de recursos humans, amb l'objectiu i finalitat de la investigació, la facilitació de les següents dades: el nombre real de professionals d'infermeria de la àrees bàsiques de salut (ABS) (Girona 1, Girona 2, Girona 3, Girona 4) de l' Institut Català de la Salut (ICS) de la ciutat de Girona i el seu desglossament relacionat amb la unitat bàsica assistencial (UBA) i la població de cobertura.

Atesa la demanda, m'agradaria fer pal·lès el seu acord en quan a la realització d'aquest estudi.

Aprofito l'avinentesa per a saludar-lo/la,

Agraïda

ANNEX 7

CONCOCATÒRIA A LES ADJUNTES D'INFERMERIA DE LES DIFERENTS ABS

A l'atenció de l'ajudant/a d'infermeria de l'ABS _____.

Benvolgut/da,

M'adreço a vostès per a convocar, si els va bé, una trobada per tal d'informar-los sobre la realització d'un estudi de recerca per a la finalització dels estudis de grau en infermeria de la Facultat d'Infermeria de la Universitat de Girona, sota la direcció de la Dra. Concepció Fuentes i Pumarola del Departament d'Infermeria de la Facultat d'Infermeria.

La temàtica principal està relacionada amb la contextualització del fenomen del dol, en concret, el dol patològic. Per tant, la intenció de la recerca és estudiar el coneixement, les actituds i les intervencions dels professionals d'infermeria respecte aquest tema.

Es per aquest motiu que convoco, amb l'objectiu i la finalitat de la investigació, la següent trobada:

Data:

Hora:

Lloc

Ordre del dia:

1. Presentació de la investigadora.
2. Informació sobre l'estudi i motius del contacte amb les ABS.
3. Concertació i confirmació de les dates per a l'administració de les enquestes.
4. Torn obert a paraules.

Per qualsevol qüestió o indisponibilitat, no dubteu en contactar-nos a recercadolgironaap@gmail.com

Aprofito l'avinentsa per a saludar-los/les,

Esther Caceres i Malagelada. *Estudiant de 4rt curs de Grau en Infermeria a la Facultat d'Infermeria de Girona.*

